

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
COMPLICATIONS SECONDAIRES ET TARDIVES
DU DRAINAGE PELVIEN
PAR LA MÉTHODE DE MIKULICZ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Février 1936

PAR

Borislav NEÏTCHEFF

Né le 14 avril 1911, à Vidin (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY :

MM. MASSABUAU, professeur, président.

LAUX, professeur.

MOURGUE-MOLINES, agrégé.

GUIBAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES COMPLICATIONS SECONDAIRES ET TARDIVES
DU DRAINAGE PELVIEN
PAR LA METHODE DE MIKULICZ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
COMPLICATIONS SECONDAIRES ET TARDIVES
DU DRAINAGE PELVIEN
PAR LA MÉTHODE DE MIKULICZ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Février 1936

PAR

Borislav NEÏTCHEFF

Né le 14 avril 1911, à Vidin (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY :

MM. MASSABUAU, professeur, président.

LAUX, professeur.

MOURGUE-MOLINES, agrégé.

GUIBAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1936

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge ..	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
omatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINÈS
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, prof., président.
LAUX, professeur.

MM. MOURGUE-MOLINÈS, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation,

A MON PERE, MICHEL NEITCHEFF

Ancien Procureur Général

près la Cour d'Appel de Roustchouk (Bulgarie)

A MA MERE

*En les remerciant de tous les sacrifices qu'ils
ont fait pour moi et en les assurant de toute
mon affection.*

A MON FRERE

A MON PARRAIN, CONSTANTIN PANAIODOFF

Ancien Ministre de la Justice en Bulgarie

A MON ONCLE, IVAN KREMICOFF

Ancien Ingénieur des Chemins de Fer d'Etat

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier*

*Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et a
bien voulu en accepter la présidence. Faible
témoignage de notre profond respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUIBAL

*pour l'accueil bienveillant et les conseils précieux
qu'il nous a donné.*

A MON JURY DE THESE

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

M. le Professeur MASSABUAU ayant eu, à plusieurs reprises, l'occasion, dans son service de Clinique Chirurgicale, à l'Hôpital Saint-Eloi, de se servir du drainage pelvien par la méthode de MIKULICZ chez des malades opérées pour différentes affections pelviennes portant sur l'utérus et ses annexes et où ce drainage était nécessaire, a remarqué que la méthode de MIKULICZ, qui rend de grands services, surtout en chirurgie pelvienne où elle conserve encore des indications précises, entraîne fréquemment des complications secondaires et tardives, ennuyeuses, et pour les malades et pour le chirurgien.

Il nous proposa de consacrer notre thèse de doctorat à l'étude de ce sujet.

Nous tenons à exprimer ici notre très vive reconnaissance à M. le Professeur MASSABUAU, d'avoir bien voulu nous confier les quatre observations qui ont servi de base à notre travail.

Ces quatre observations nous montrent à quelles complications sont exposées les malades qui ont été drainées par un MIKULICZ.

Nous croyons nous être fait une juste opinion de ces complications, en y ajoutant quelques observations prises dans la littérature.

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, le drainage abdominal par la méthode de Mikulicz, que le professeur de Breslau, MIKULICZ VON RADECKI a préconisé, en 1884, est bien connu et son utilisation en chirurgie abdominale et surtout pelvienne, a ses indications précises.

Mais il a fallu une longue période, marquée par de nombreuses discussions entre chirurgiens, pour arriver à la conception actuelle de l'utilité de ce mode de drainage, dans des cas strictement déterminés.

Dès son apparition, cette méthode suscite d'ardentes discussions entre les célébrités de la chirurgie. Le 29 février 1888, à la Société de Chirurgie de Paris, elle est présentée par Pozzi, qui se fait son défenseur enthousiasmé. Son enthousiasme ne fut pas officiellement partagé. Dès le début de la pratique du drainage, des chirurgiens lancés de plus en plus dans les opérations abdominales, élevèrent de graves objections touchant à certaines complications qu'elle entraîne, notamment la suppuration longue grevée des nombreux accidents du côté des viscères. Et on voit le drainage à la Mikulicz englobé dès son apparition dans la réprobation soulevée par le drainage en général. « Confiants dans les méthodes nouvelles, fiers à juste titre

de leur technique de plus en plus parfaite, ils proposaient d'abandonner tout drainage, qui ne leur semblait pas indispensable, ni même toujours efficace ». Nombre des chirurgiens le combattent âprement, tels BOULLY, TERRILLON, FERRIER et son école. Pozzi lui reste fidèle, l'école lyonnaise l'accueille avec faveur. De 1890 à 1900, époque des grands jours de la chirurgie pelvienne, le drainage connut son apogée. A cette période en succède une seconde s'étendant de 1900 à 1919, où le drainage quel qu'il soit, est combattu violemment, attaqué et repoussé. C'est surtout le Mikulicz qui perdit, à cette époque, beaucoup de terrain. Cette période est marquée par les expériences de P. DELBET, aboutissant à montrer, à côté des quelques avantages du drainage, de plus graves inconvénients. Possédant une technique et une asepsie de plus en plus parfaites, connaissant la position déclive et la péritonisation, les chirurgiens ont tendance à restreindre de plus en plus les indications du drainage.

Sous l'influence de J.-L. FAURE, un des plus grands défenseurs de MIKULICZ, surtout en ce qui concerne son application dans la chirurgie gynécologique, à partir de 1919, le drainage entre dans une troisième période et fait l'objet de l'ordre du jour du 36^e Congrès de Chirurgie française, où on conclut qu'en chirurgie abdominale et surtout gynécologique tant que l'asepsie et la technique opératoire ne seront pas parfaites et la connaissance des causes et des effets de péritonites aiguës ne seront pas précises, le drainage gardera sa valeur en tant que procédé non pas de choix, mais de nécessité, car, malgré ses nombreux inconvénients réels, il a sauvé et continue à sauver la vie de nombreux malades.

Dans notre travail, nous aurons surtout en vue de signaler les complications que le Mikulicz pelvien entraîne chez des malades opérées pour des affections de l'utérus et ses annexes, mais il nous semble indispensable, avant d'en

parler, de donner un bref résumé de ce qu'est le drainage à la Mikulicz, quel est son mécanisme d'action et dans quels cas trouve-t-il ses indications. Après cet exposé, nous réservons un chapitre aux complications que cette méthode peut entraîner en les divisant en immédiates et en secondaires et tardives. Ce sont ces dernières qui nous intéressent plus particulièrement, car tel est le sujet de notre travail. Dans ce chapitre, nous faisons l'exposé des observations se rapportant à chacune de ces complications.

Nous terminons par nos conclusions.

MIKULICZ

MÉCANISME TECHNIQUE

INDICATIONS

1° MÉCANISME

Pour bien comprendre les indications du Mikulicz, il faut tout d'abord étudier son mode d'action et sa physiologie pathologique. Dans cet ordre d'idées, on peut englober, sous le nom de Mikulicz, tous les larges tamponnements péritonéaux à la gaze faits avec ou sans le sac périphérique du drainage typique, car celui-ci n'est placé qu'en vue d'une ablation plus facile, l'action utile résidant dans la présence des compresses de gaze. Le Mikulicz agit par capillarité pour transuder et drainer les sérosités. Il empêche la généralisation de l'infection par le cloisonnement du péritoine qu'il provoque. Il permet l'oxygénation. Son rôle hémostatique est considéré, à l'heure actuelle, comme tout à fait accessoire. En un mot, il est chargé de prévenir ou de limiter l'atteinte du péritoine par les germes pathogènes.

Pour éclaircir cette action complexe, il nous semble utile d'exposer brièvement quels sont les moyens de défense du péritoine et par quels processus il réagit contre toute action étrangère, d'irritation.

La séreuse péritoniale est très sensible à l'infection exogène, qui, partie d'un point, se propage très rapidement et cette extension est grandement facilitée par la disposition anatomique. Les replis et les poches que forment les feuillets rendent la désinfection très difficile et permettent aux microbes de cultiver en vase clos. Le péritoine possède des facultés qui lui permettent de lutter contre l'extension d'une infection quelconque. Il le fait par son triple pouvoir de résorption, d'exudation et de faire des adhérences qui constituent des barrières.

Le péritoine est une membrane vitale douée d'une absorption énergique, qui se fait par *a)* osmose ; *b)* filtration. Les liquides absorbés passent par voie veineuse. Cette action vitale d'absorption est profondément troublée, quand on modifie les conditions anatomiques de la séreuse, ainsi que le démontrent DU PLAY et MAY sur des chiens auxquels on a formolisé le péritoine.

L'exudation est plastique. « Lorsqu'on introduit dans la cavité péritonéale des germes microbiens, il se produit une modification de la lymphe péritonéale. L'examen de celle-ci révèle une courte phase de leucopénie touchant les lymphocytes et, surtout, les polynucléaires et coïncidant avec une vasodilatation marquée qui favorise la formation de l'exudat péritonéal et, par conséquent, la dilution des produits toxiques. On voit, ensuite, apparaître une leucocytose assez intense, portant sur toutes les variétés de mononucléaires sur les polynucléaires neutrophiles, basophiles et, surtout, eosinophiles » (LE PLAY et FABRE).

Le cloisonnement se fait par production de fibrine. C'est un processus de défense qui favorise la fixation sur la séreuse des germes pathogènes ou leur emprisonnement dans les agglomérats fibrineux. C'est surtout au niveau du gland épiploon que ces phénomènes de défense sont le plus marqués.

Les conglomérats de fibrine qui renferment dans leurs mailles des microbes et des leucocytes, forment la limite des véritables cavités qui s'isolent et limitent l'infection, l'empêchant de se généraliser. Ces adhérences s'élaborent assez rapidement. WEGENER, en injectant une culture peu virulente dans le péritoine d'un lapin, les trouve solides une heure après l'injection. Ce travail de défense est guidé par la topographie des organes péritonéaux et les adhérences s'élaborent non seulement entre deux séreuses, mais aussi entre une séreuse et une surface dénudée. Le Mikulicz accentue ce rôle naturel de défense du péritoine et c'est là son rôle le plus important.

Le Mikulicz agit aussi en permettant l'oxygénation. Il laisse la zone opératoire au contact de l'oxygène et empêche les microbes de pulluler en vase clos.

Enfin, agissant comme tampon, il fait l'hémostase à la fin d'une opération, mais il n'est pas utilisé pour ce but, car on possède des moyens bien plus sûrs pour faire une hémostase.

Bref, le Mikulicz agit surtout en servant d'agent qui provoque et accentue le cloisonnement. Il draine les sécrétions par capillarité, permet l'oxygénation et, accessoirement, peut servir d'agent hémostatique.

2° TECHNIQUE

« Le Mikulicz type est composé

» a) D'un sac de gaze simple, aseptique et stérile, à mailles de dimensions moyennes, taillé suivant un cercle de 50 cm. de moyenne. Au centre est fixée une soie forte, qui servira à tirer sur le fond du sac lors du décollement. (MIKULICZ avait préconisé l'adjonction d'iodoforme à 20 % à la gaze. Actuellement, on ne s'en sert plus, car lui-même et Pozzi ensuite, ont signalé des cas d'intoxication générale dus à l'iodoforme).

» b) De 6 mèches de gaze de 2 cm. 25 de longueur, de 3 à 4 cm. de largeur sur 3-4 cm. d'épaisseur.

» c) De 5 à 6 compresses de gaze rectangulaire de 40 à 50 cm. de longueur sur 8 à 10 cm. de largeur et 6 à 8 cm. d'épaisseur. Chacune de ces compresses portera un fil avec un signe distinctif de façon à reconnaître, au moment de leur enlèvement, l'ordre dans lequel on doit les retirer ». (Rapport de MM. F.-M. CADENAT et Maurice PATEL, 36^e Congrès français de Chirurgie, 1927).

M. le Professeur J.-L. FAURE a modifié ce « Mikulicz » type, il propose de garnir le sac du « Mikulicz » de vaseline blanche stérilisée. Ce « Mikulicz » gras faciliterait l'ablation.

La pose s'effectue à la fin de l'opération, en ayant soin, dans une opération pelvienne, par exemple, de refouler les anses intestinales complètement, par des compresses ou des linges qui les ont maintenus pendant l'opération et qui ne doivent pas être enlevés. Le sac est alors saisi avec une longue pince, par le point d'attache de la soie et étalé soigneusement sur toutes les parois et au fond de la cavité. Le sac étant maintenu en place, chaque mèche ou compresse est tassée soigneusement, en insistant sur les points qui méritent plus particulièrement un tamponnement. L'épiploon sera ramené, autant que possible, devant elle. Il isole les anses grêles du sac et, par conséquent, de l'orifice abdominal, par où elles pourraient s'éviscérer. Si on redoute une exudation, particulièrement abondante, on peut placer un drain de caoutchouc sus-pubien plongeant dans le cul-de-sac de Douglas.

Après la pose, l'opérateur ferme la paroi par un surjet péritonéal au catgut, un surjet musculo-aponévrotique au catgut et on fait la suture cutané. La paroi abdominale sera suturée jusqu'au niveau du Mikulicz qui devra être un peu étranglé, mais légèrement, de façon que, sous l'influence d'un effort, les anses intestinales ne fassent pas

issue en dehors. On place des fils d'attente à la partie inférieure de la plaie restée ouverte, afin d'en rapprocher les bords après l'ablation du sac. On place sur le Mikulicz un pansement abdominal aseptique et très absorbant, pour faciliter le drainage capillaire.

Ablation. J.-L. FAURE commence à enlever les compresses suivant leur ordre défini le matin du troisième jour, après la pose, pour terminer le sixième jour par la mèche profonde. A ce moment, il ne reste que le sac. Le décollement de ce sac est préparé et facilité par des lavages d'eau oxygénée, exécutés à partir du septième jour, il s'effectue dès le huitième par mobilisation de ses bords et traction légère sur la soie pour se rendre compte de son adhérence. En général, au huitième jour, l'enlèvement du sac se fait sans difficulté. Si on se heurte à une résistance, il faut agir prudemment et attendre un jour de plus, car l'ablation dans ces conditions est très douloureuse et les anses intestinales pourraient, avec grande facilité, le suivre vers l'extérieur. Après l'enlèvement, les fils d'attente sont serrés, on fait des pansement quotidiens et, normalement, la cicatrisation doit être obtenue dans un délai de 25 jours environ.

INDICATIONS

Le Mikulicz est une méthode d'exception. Son emploi est limité à un certain nombre de cas pathologiques et il semble que, pour ceux-là, il soit impossible de le remplacer. Il a été imaginé à propos de la chirurgie pelvienne, mais il a perdu beaucoup de ses indications dans les interventions sur l'utérus et les annexes par suite des techniques plus perfectionnées, entrées depuis dans le domaine de cette chirurgie. La péritonisation haute avec suture au péritoine vésical du colon pelvien, rabattu au-dessus du pelvis, réalisant une séparation parfaite des territoires infectés et de la grande cavité péritonéale, lui a fait perdre beaucoup de ses indications.

Mais toutes les fois que la péritonisation haute colopelvienne est impossible à réaliser par suite de grosses difficultés ayant surgi au cours de l'opération qui a nécessité des délabrements par suite des grosses adhérences qui empêchent sa réalisation, toutes les fois que la difficulté des manœuvres opératoires a pu risquer d'infecter la séreuse abdominale, le Mikulicz sera indiqué.

S'agit-il, par exemple, d'une grosse infection pelvienne ayant dépassé l'étage supérieur du mezo colon pelvien, si les fosses iliaques ou les anses grêles ont été souillées, la péritonisation colo-pelvienne, même parfaitement exécutée, ne suffira plus, car elle sera au-dessous des territoires inoculés. Il deviendra alors nécessaire de recourir au large tamponnement que réalisera plus haut, par adhérence, la barrière protectrice nécessaire.

En chirurgie gynécologique, le Mikulicz trouve son emploi comme drainage :

1° Dans les cas où une collection purulente s'ouvre dans l'abdomen : par conséquent, dans les ruptures spontanées ou opératoires du pyosalpinx et des kystes de l'ovaire suppurés ;

2° Dans les cas où on redoute une infection très virulente, par exemple dans les hystérectomies pour fibromes dégénérés et épithéliomas du col et du corps de l'utérus et les salpingites mal refroidies.

3° Comme tamponnement protecteur dans des cas où, par suite de la libération d'adhérences très serrées, il se produit un grand délabrement péritonéal et où la péritonisation parfaite est impossible.

4° Dans l'opération de WERTHEIM, il permet de diminuer la durée de cette opération et préserve le péritoine contre les germes très virulents provenant du col ulcéré. J.-L. FAURE a préconisé son emploi systématique dans cette opération « éminemment septique », dit-il, et s'en est fait le défenseur ardent.

Enfin, le Mikulicz est indiqué dans les infections de la grande cavité péritonéale moins souvent sous la forme du Mikulicz typique, avec son sac, que sous la forme des larges tamponnements, dans les appendicites aiguës, où l'infection est diffusante. La mise en place de larges compresses, est utile, car elles font, en agglutinant autour d'elles les anses voisines, un cloisonnement nécessaire pour empêcher la généralisation.

Il joue un rôle protecteur dans les interventions sur les voies biliaires, après l'ouverture du cholédoque et malgré le drainage de l'hépatique, car il protège la cavité péritonéale contre les infiltrations de la bile septique.

Les affections gastriques nécessitent très exceptionnellement un tamponnement à la Mikulicz, en raison de la faible septicité du contenu de l'estomac et de la possibilité de se servir de mesos.

Son emploi est très discuté dans la chirurgie intestinale où il expose à la désunion des sutures.

En concluant, on peut dire que le Mikulicz peut encore actuellement, malgré les perfectionnements des techniques modernes, rendre de très grands services et conserve des indications précises. Si l'on considère qu'il agit en créant par adhérences une barrière efficace contre la diffusion des infections péritonéales, il sera employé toutes les fois qu'il ne sera pas possible de réaliser anatomiquement cette barrière.

COMPLICATIONS SECONDAIRES ET TARDIVES

Cette méthode dont nous venons d'exposer le mode d'action, la technique et les indications, est-elle toujours parfaite ? N'entraîne-t-elle pas des complications qui obligent la malade, souvent, par des suites prolongées et ennuyeuses, à faire de longs séjours à l'hôpital et à payer ainsi ce qu'elle doit au drainage par le Mikulicz.

Méthode non pas de choix, mais de nécessité, méthode peu élégante, appliquée dans des conditions opératoires qui sont loin d'être parfaites, elle entraîne, après elle, des complications qui ne sont pas toujours négligeables.

Nous ne faisons que signaler les suites immédiates du Mikulicz, tels que :

1° L'ablation difficile et douloureuse, dans nombre de cas, exigeant souvent l'anesthésie générale et toujours une grande douceur et beaucoup de prudence.

2° Les déchirures du sac, lors de l'ablation, qui laissent dans la plaie des débris de gaze et nécessitent leur enlèvement secondaire, souvent fort difficile.

3° Les embolies, quelquefois signalées et qui ne peuvent, à coup sûr, être mises sur le compte du Mikulicz, mais qu'on suppose être parfois dues à des déchirures des vaisseaux

néoformés, lors de l'ablation du sac, déchirures suivies de la formation de caillots qui peuvent être entraînés dans la grande circulation.

4° L'occlusion intestinale primitive qui se produit si une anse intestinale a été coincée dans un sac de Mikulicz, ou bien entre lui et la paroi abdominale postérieure, ou bien si une coudure se produit à la faveur d'adhérences effectuées sur une anse déjà distendue. On peut empêcher ces occlusions primitives, en évitant la compression de l'intestin contre la paroi, par la pose du Mikulicz dans une cavité pelvienne absolument libre et débarrassée de toutes les anses intestinales grêles.

5° Hémorragies secondaires qui se voyaient dans les ablations tardives du drainage, vomissements et tympanisme persistants ; les adhérences douloureuses, l'irritation vésicale qui ne se rencontrent que très rarement.

Ces accidents immédiats ont été maintes fois signalés par les auteurs qui ont écrit sur le drainage à la Mikulicz.

Notre travail porte surtout sur des complications qui se manifestent après un laps de temps quelquefois éloigné de l'enlèvement du Mikulicz et, en tout cas, après son ablation. Notre but est de signaler plutôt ses complications secondaires et tardives.

Nous allons essayer, nous appuyant sur les quatre observations que M. le Professeur MASSABUAC a choisies parmi les plus démonstratives entre celles de toutes les malades chez qui il a eu l'occasion de placer un Mikulicz, et qu'il a bien voulu nous confier, de nous faire une juste idée de ces complications. De plus, nous y ajoutons quelques observations empruntées à des thèses faites sur le Mikulicz qui, reconnaissant l'utilité de ce mode de drainage dans des cas bien déterminés, n'omettent pas de signaler les suites fâcheuses qu'il laisse chez beaucoup de malades.

Pour faciliter notre travail, nous divisons ces complications en :

1^o Abscesses résiduels dus à la rétention et la formation d'une poche à parois résistants dans la cavité du drainage ;

2^o Fistules stercorales ;

3^o Eventrations.

1^o ABSCESSÉS RÉSIDUELS DUS À LA RÉTENTION ET LA FORMATION D'UNE POCHE À PAROIS RÉSISTANTES DANS LA CAVITÉ DU DRAINAGE

Le Mikulicz est un mode de drainage par capillarité. Mais agit-il toujours d'une façon parfaite ? Est-il toujours suffisant pour drainer et évacuer complètement toutes les sécrétions, formées dans la cavité où il est placé ?

Il apparaît cliniquement, et plusieurs expériences le prouvent, qu'il ne donne pas toujours ce qu'on lui demande, c'est-à-dire évacuer toutes les sécrétions. Il fait souvent de la rétention. Lorsque la quantité du liquide secrété est grande, il semble qu'un drainage aussi lent que le drainage capillaire soit un peu insuffisant pour donner issue à tous les liquides, à moins que la quantité de gaze employée ne soit très abondante, mais cette façon d'obvier à un inconvénient est peut-être plus impraticable que la difficulté à laquelle elle peut parer, car elle entraînera l'éventration.

Lorsque le pus est épais, le drainage se fait très mal, comme d'ailleurs MIKULICZ lui-même le reconnaît et il se produit une rétention dans la portion inférieure de la mèche où les parties solides demeurent enchevêtrées dans les mailles rendant toute capillarité et, par suite, tout drainage impossible.

Enfin, lorsque la surface péritonéale qu'on veut extérioriser est très étendue et très éloignée, que la voie d'accès du ou des divers tampons, est étroite, il y a là, comme voie de drainage, un trajet très long, qui devient rapidement fort étroit et il peut, malgré la mèche, survenir des accidents de rétention dans la poche péritonéale en arrière du tampon.

Mais en dehors de ces cas particuliers, on remarque cliniquement que la sérosité qui sort des mèches du Mikulicz pendant les premiers jours, se transforme en un écoulement plus épais et purulent dès le troisième ou quatrième jour.

Expérimentalement, HARTMANN et MORAX (1894), KELLY et PREOBRAJENSKY (1897) et les recherches de DUDGEON (1894), SARGENT (1905) et surtout de BOXER et NOVAC (1910), montrent que cette rétention est le fait surtout du drainage capillaire.

BOXER et NOVAC placent l'extrémité d'une mèche de coton dans un tube renfermant du bouillon stérile et l'autre dans un second tube contenant une culture microbienne. Si l'on met dans le second tube le coton en contact avec une lame de gaze présentant une surface d'évaporation suffisante, le courant s'établit du premier tube vers le second, sans que l'infection puisse se transmettre du second vers le premier. Mais si l'on s'oppose à l'évaporation de la mèche de gaze, soit par une ligature, soit en l'entourant d'une enveloppe imperméable, un courant inverse s'établit et le premier tube s'infecte rapidement.

Cette expérience montre non seulement qu'il peut y avoir rétention, mais aussi qu'il y a danger d'infection secondaire lorsque le Mikulicz est étranglé à son point de passage ou bien lorsque la gaze est sursaturée. Le courant capillaire s'arrête. Un courant inverse se produit et on risque l'infection de la plaie opératoire.

Voilà donc, d'une part, la rétention et, d'autre part, l'in-

fection secondaire ; il suffit d'y ajouter le sac qui forme bouchon et ces trois conditions sont largement suffisantes pour expliquer les suppurations prolongées et la formation d'abcès secondaires au drainage.

Certains auteurs vont même jusqu'à dire que le drainage en abaissant la pression intra-abdominale, en laissant converger autour de lui le pouvoir exudatif de la séreuse vicie ou annule les pouvoirs de défense du péritoine. « Le frottement de la gaze, dit P. DELBET, enlève les cellules épithéliales de la séreuse qui sont précieuses pour la lutte contre l'infection. Les mailles du tissu emprisonnent de nombreux globules blancs. La gaze est un piège à cellules ». Sans aller aussi loin que les adversaires absolus du drainage, on peut dire qu'il est un fait prouvé que le Mikulicz favorise la rétention et l'infection secondaire, ce qui entraînera la persistance de la suppuration, à laquelle font suite des abcès qui sont rarement généralisés à la grande séreuse péritonéale, car, fort heureusement, le Mikulicz ayant provoqué le cloisonnement, ces poches purulentes se trouvent en quelque sorte enkystées et limitées, et l'infection secondaire est locale et ne saurait aller plus loin. Cette suppuration empêche la fermeture complète de la plaie opératoire et, souvent, un trajet fistuleux se forme avec ouverture dans la région hypogastrique.

Les observations originales que nous rapportons plus bas, nous semblent à ce point suffisamment démonstratives et nous donnent une idée de cette rétention, suivie de la formation d'une poche à parois résistantes dans la cavité du drainage, cavité isolée par les adhérences que le Mikulicz a provoquée. Cette poche à parois résistants continue à sécréter du pus après l'ablation du sac. Un abcès s'est formé. Cet abcès manifestera sa présence quelquefois d'une façon précoce, il se créera une fistule dans la région hypogastrique. Comme les parois de cette poche continuent à sécréter du pus, il s'en suivra une suppuration quelquefois

prolongée fort longtemps. C'est le cas de la malade de l'observation N° 3). Mais, souvent aussi, ces abcès résiduels signalent leur présence tardivement, après la sortie de la malade guérie en apparence, mais gardant, en réalité, une poche purulente profondément situé dans le Douglas, qui continue à évoluer, ses parois sécrétant de pus et qui, à un moment donné, révèle sa présence par des douleurs et de la fièvre, obligeant la malade de venir consulter et subir de longs traitements. Ces abcès finissent par guérir, mais nécessitent plusieurs ponctions.

Les observations N^{os} 1 et 2 nous semblent très démonstratives à ce point de vue. Quelquefois, un trajet fistuleux persiste après le traitement. Tel est le cas de la malade de l'observation N° 3. Nous empruntons l'observation XXIV de la thèse de BERGE (Etude critique du drainage à la Mikulicz en Chirurgie abdominale gynécologique. Thèse de Bordeaux, 1926-1927), qui nous donne une idée de la fréquence de ces poches purulentes profondes, après un Mikulicz, poches qui s'ouvrent par un trajet abdominal, ont tendance à persister et à former une fistule.

OBSERVATION ORIGINALE N° 1

(due à l'obligeance de M. le Préfesseur MASSABUAU

Clinique Chirurgicale - Hôpital Saint-Eloi)

Fibrome utérin. Péri-métrite. Abcès enkysté du Douglas, consécutif au drainage à la Mikulicz.

Mme B. L..., 40 ans, sans profession, entre le 9 mars 1932 dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur MASSABUAU, pour de violentes douleurs généralisées dans tout le ventre, avec prédominance dans le bas-ventre et le périnée, qui durent depuis deux jours et s'accompagnent de vomissements bilieux avec 38 degrés de fièvre. Dans ses

antécédents personnels, on note un fibrome utérin qui a été traité par la radiothérapie il y a deux ans. Depuis, elle continue à souffrir du ventre avec des règles fétides. A l'examen, on constate un ventre douloureux à la palpation avec défense musculaire très nette dans la région hypogastrique. Par le toucher vaginal, on sent une masse dure du volume d'une pomme, bombant dans le Douglas, fixée à la paroi pelvienne, et très douloureuse au toucher. L'utérus est gros comme deux poings, retroversé, mobile et non douloureux. A gauche, on sent une masse annexielle peu mobile. Le toucher rectal permet de sentir une masse bombant sur la paroi antérieure du rectum et fluctuante en son centre. L'examen complet de la malade, ainsi que les examens du laboratoire ne révèlent rien de particulier. On pose le diagnostic de fibrome utérin avec annexité et pelvimérite. Un traitement par injections vaginales chaudes et septicémine 8 cc., est appliquée et fait disparaître la douleur et la fièvre.

Opération le 25 avril 1932, par M. le Professeur MASSABAU. Anesthésie générale à l'éther à la compresse. Laparotomie médiane ombilico-pubienne. Dès l'ouverture du ventre, on se rend compte de l'importance des lésions. Adhérences très prononcées de l'S iliaque avec l'utérus et la vessie. Dégagement des annexes droites. Ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond. Section du ligament large. Hystérectomie à la Kelly. Les annexes gauches sont très adhérentes, kystiques, beaucoup moins enflammées que les droites. Péritonisation de la moitié gauche du pelvis depuis la vessie jusqu'à l'anse sigmoïde. La surface dénudée à droite empêche la péritonisation complète.

Drainage par un Mikulicz gras. Fermeture de la plaie opératoire en un plan au moyen de fils de catgut N° 4, comprenant l'aponévrose, les muscles et le péritoine. On fixe la peau par des agrafes.

Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Le Mikulicz a permis l'écoulement d'une abondante quantité de pus assez fétide. Aucune complication en dehors d'une cystalgie peu intense. Le 5 mai, ablation des agrafes. Cicatrisation solide per primam. Raccourcissement de la mèche du Mikulicz. Le 6 mai, suppression du sac du Mikulicz qui est très aisée, se fait sans douleur et sans hémorragie. Ses parois sont imbibées de pus. Le sac est extrait en masse. Il faisait quelque peu bouchon, car, à sa suite, une abondante quantité de pus est évacué. La suppuration continue. La cicatrisation est obtenue fin juin. Sortie le 7 juillet.

Revue par M. le Professeur MASSABUAU six mois après, elle s'est plainte de toujours souffrir du ventre, surtout à gauche.

Deuxième séjour : La malade revient le 18 avril 1933, parce que, depuis quelques jours, elle éprouve de violentes douleurs dans la moitié gauche du ventre avec sensation de pesanteur périnéale et température 38°. A l'examen, on constate par la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche et dans la partie gauche de l'hypogastre, la présence d'une masse profonde et douloureuse. Par le toucher on se rend compte que les culs-de-sacs antérieur et gauche sont remplis par une masse douloureuse de consistance renitante et du volume d'une mandarine.

Sans anesthésie, on ponctionne le cul-de-sac latéral gauche. La seringue ramène du pus. Colpotomie aux ciseaux sur le point de ponction. Ouverture de l'abcès et issue de 30 cc. de pus. On place un drain. Le lendemain, la température atteint 40°3. Cette fièvre est due à ce que le drain s'est bouché et fait de la rétention. La réintervention permet l'écoulement de 100 cc. de pus. On place un deuxième drain, qui tombe de lui-même, le deuxième jour, mais sans poussée fébrile. Deux injections chaudes par jour. Cicatrisation rapide. Sortie le 1^{er} mai 1933.

Troisième séjour : Elle revient le 7 septembre 1933 avec fièvre, frissons et fortes douleurs hypogastriques. Par le toucher on sent dans le Douglas, douloureux, une masse molle du volume d'une mandarine. Quelques jours après, il se fait une évacuation spontanée de pus par le vagin, suivie de la chute de la température. On traite par vaccination locale par la porte d'entrée. Sortie le 5 novembre. La tumeur pelvienne gauche est très diminuée de volume. La périmétrite est atténuée.

A été revue, pour la dernière fois, le 5 décembre 1933. Plus de douleurs. Bon état général. Au toucher, le col est mobile et libre de toute paramétrite paracervicale. La tuméfaction iliaque gauche persiste mais réduite et relativement mobile et le toucher n'est plus douloureux.

Discussion. — Le cas de cette malade nous montre que le Mikulicz n'a pas évacué complètement les sécrétions purulentes. Il est vrai qu'il a permis l'écoulement d'une abondante quantité de pus, mais il a fait, en même temps, « bouchon », ce qui est démontré par l'écoulement d'une abondante quantité de pus venant à sa suite. Il a fait de la rétention. Derrière lui, profondément, une poche purulente s'est formée. La paroi se ferme et tout paraît normal, mais cette poche à paroi résistante qui secrète du pus, cet abcès continue à évoluer comme le montrent les douleurs éprouvées par la malade et qui n'ont jamais cessé, et qui, à un moment donné, sont devenues violentes, s'accompagnant de fièvre, obligeant la malade de revenir. La ponction évacue une abondante quantité de pus mais l'abcès ne guérit pas. Ces parois continuent à sécréter du pus. Nouvelle évacuation et, cette fois, il paraît qu'il tarit et est comblé par l'action de défense de l'organisme. Il est probable que son évolution est définitivement arrêtée.

OBSERVATION ORIGINALE N° 2

due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU
Clinique Chirurgicale - Hôpital Saint-Eloi

Salpingite bilatérale avec pyosalpinx droit. Hysterectomie subtotale. Drainage à la Mikulicz. Absès de Douglas et fistule hypogastrique consécutifs au drainage à la Mikulicz.

Mme D. J., 27 ans, s. p., entre, le 12 décembre 1932, dans le service de clinique chirurgicale de M. le Préfesseur MASSABUAU, parce qu'elle a des pertes rouges abondantes, douleurs dans le bas-ventre, polakiurie et vomissements fréquents depuis deux ans. Dans ses antécédents, on note un avortement de cinq mois, il y a six ans et un accouchement prématuré de sept mois à la suite d'une grossesse accompagnée d'hémorragies fréquentes, il y a deux ans. A l'examen, la palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Par le toucher vaginal, on trouve un utérus augmenté de volume et dans le cul-de-sac postérieur une masse aux contours imprécis, du volume d'une mandarine, douloureuse, difficilement mobilisable et assez consistante. Les culs-de-sacs latéraux sont souples mais douloureux. L'examen général et les examens de laboratoire ne révèlent rien d'anormal. On pose le diagnostic d'une métrosalpingite bilatérale.

Opération le 4 janvier 1933, par M. le Professeur MASSABUAU. Anesthésie générale à l'éther à la compresse. Laparotomie médiane ombilico-pubienne. Hysterectomie subtotale, procédé américain. Les annexes sont très volumineuses et enflammées. Le cul-de-sac de Douglas est comblé par des adhérences. Hemostase de deux pédicules à droite et à gauche au catgut n° 2. A la section du col utérin, quelques gouttes de pus s'écoulent. La péritonisation est très difficile du fait des adhérences inflammatoires retro-utérines. Une ébauche d'un surjet au fil de lin est passée sur

le pédicule utero-ovarien à gauche, s'arrêtant au flanc droit du col utérin. Impossibilité de continuer le surjet à droite vers le pédicule utero-ovarien droit.

Drainage par Mikulicz prérrectal et dans le paramètre droit dénudé. Une mèche d'un mètre dans le sac. Fermeture de la plaie opératoire au moyen de fil de soie n° 3 à points séparés, comprenant la péritoine, les muscles et l'aponévrose. On fixe la peau par des agrafes.

Suites opératoires normales. La malade est sortie le 17 février 1933.

Le 10 avril, elle revient avec une fistule hypogastrique persistante qui coule, se plaignant de douleurs pelviennes, miction douloureuse, température élevée et pouls à 104. A l'examen, on trouve, par le toucher vaginal, une volumineuse tuméfaction dans le Douglas très douloureuse au toucher. On pratique une ponction dans le Douglas et on aspire 50 cc. d'un liquide très fluide d'odeur fecaloïde. Par la fistule abdominale, on injecte 95 cc. de bactériophage. Le lendemain, on pratique une ouverture de Douglas par colpotomie postérieure qui laisse s'écouler 100 cc. de pus sans tension. Les phénomènes infectieux s'amendent rapidement le lendemain de l'intervention. Sortie le 27 avril avec plaie vaginale guérie. La fistule hypogastrique est presque entièrement cicatrisée.

A été revue pour la dernière fois le 11 avril 1934. Elle a déclaré que deux mois après sa sortie du service, la fistule s'est remise à couler et cet écoulement persiste encore mais peu abondant. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

Discussion. — Le cas de cette malade est assez analogue au précédent. Il montre, une fois de plus, que le Mikulicz a fait de la rétention. Il s'est formé un abcès dans le Douglas qui a signalé sa présence deux mois après une guérison apparente et a obligé la malade, par ses manifestations douloureuses, et la fièvre qu'il a provoquées, de venir

consulter et de subir la colpotomie postérieure pour évacuer cet abcès. Ici, en plus de l'abcès, une fistule hypogastrique s'est formée par suite de l'infection et si l'abcès a fini par guérir, il n'en est pas de même de la fistule qui, malgré un traitement par le bacterophage, continue à couler.

OBSERVATION ORIGINALE N° 3

due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU
Clinique chirurgicale - Hôpital Saint-Eloi

Epithelioma papillaire de l'ovaire. Abcès du Douglas consécutif du drainage à la Mikulicz.

Mme B. L..., 50 ans, s. p., entre le 10 juin 1933 dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur MASSABUAU. Entrée motivée par des mictions douloureuses et augmentation progressive du volume du ventre, depuis trois mois, sans douleur. Rien à signaler dans ses antécédents. A l'examen, on constate un ventre gros et étale. Léger degré d'ascite. Sensation de flot. Pas de tumeur perceptible à la palpation. Par le toucher vaginal, on ne constate rien. Au toucher combiné au palper, le col est d'une fixité d'autant plus remarquable qu'il existe de l'ascite. L'examen complet, ainsi que les examens de laboratoire ne relèvent rien de particulier. On pose le diagnostic d'un ascite symptomatique d'une tumeur ovarienne.

Opération le 21 juin 1933, par M. le Professeur MASSABUAU sous anesthésie générale à l'éther. Acide carbonique. Voie d'accès ventrale et position de Trendelenbourg dès l'incision du péritoine. Le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité d'ascite un peu sanglant, contenant des débris d'aspect gélatineux en suspension. Le grand épiploon montre une volumineuse métastase d'une tumeur papilloma-teuse. Le petit bassin est encombré par une tumeur ova-

rienne papillomateuse bilatérale. Nombreuses greffes tumorales sur l'anse sigmoïde et les parois pelviennes. Hystérectomie subtotale, procédé américain. Résection des masses tumorales du grand épiploon. Le cul-de-sac de Douglas, la face antérieure du rectum, sont nettoyés des masses gélatineuses, qui représentent des greffes secondaires, par un curage digital suivi d'écouvillonnage à la compresse et complété, en certains points, par un curettage. Le col utérin est fermé par un point en U de catgut n° 3. Ligatures sur l'épiploon et sur le pédicule utéro-ovarien et les utérines. Drainage par un volumineux sac de Mikulicz qui est placé dans le Douglas et interdit tout le petit bassin. Des mèches sont tassées dans l'intérieur du sac. Mèches et sac sortent par l'extrémité inférieure de la plaie incomplètement refermée. Fermeture incomplète de la plaie opératoire en deux plans : un profond, comprenant : péritoine, muscles, aponevrose, fils de soie n° 3 ; un autre, fixant la peau par des agrafes de Michel. L'examen de la pièce conclut à une tumeur ovarienne papillomateuse bilatérale.

Suites opératoires : le 3 juillet, la mèche du Mikulicz et les agrafes ont été enlevées. Dans les jours suivants, la cicatrisation de la plaie se poursuit et se complète à peu près ; il ne reste qu'un petit orifice avec un léger suintement. Mais, brusquement, la malade présente une hypertermie pendant plusieurs jours. Le toucher rectal montre, dans la région de Douglas une poche volumineuse et douloureuse. L'expression fait sourdre une abondante quantité de pus et, tous les jours, après ablation de la mèche de la plaie, écoulement de pus fétide. Cette suppuration qui persiste plusieurs jours, n'est plus augmentée par la pression par voie rectale, mais le toucher rectal permet toujours de sentir une masse indurée, du volume d'un œuf, occupant le Douglas. L'état général s'améliore peu à peu, et la température reste stabilisée. Le 19 août, on obtient la guérison presque complète. La tumeur dans le Douglas

ne donne plus de la sérosité à la pression et a totalement disparue. Il ne reste qu'un petit trajet qui donne à peine.

Discussion. — Une fois de plus, on voit que le Mikulicz étant tout indiqué, est posé pour drainer, mais étant trop volumineux, forme bouchon, fait de la rétention. Un abcès se fait dans le Douglas et une fistule au niveau de la plaie, le tout accompagné de fièvre. Mais, ici, ces manifestations apparaissent d'une façon beaucoup plus précoce que dans les cas précédents et sont une complication immédiate du Mikulicz. Ils obligent la malade à faire un séjour à l'hôpital fort prolongé pour obtenir la guérison qui, d'ailleurs, n'est pas complète, puisque la fistule persiste à sa sortie.

OBSERVATION XXIV

(BERGE (Ch.-Xavier-André) - Etude critique du drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale gynécologique. Thèse de Bordeaux, 1926-1927).

Mme J. P..., 37 ans, opérée pour pyosalpinx double très adhérent et volumineux, qui laisse s'écouler un flot de pus à la libération. Impossibilité de l'enlever. On referme avec un Mikulicz sans enlever les organes. Fermeture de la paroi en trois plans. On enlève les mèches le quatrième jour et le sac le septième. Fièvre persistante, qui dure deux mois et demi. Ecoulement quotidien d'une grande quantité de pus par l'orifice cutané. Lavages à la solution de Carel. Héliothérapie. Deux mois et demi après l'opération, persistance d'un trajet fistuleux sans tendance à la cicatrisation. Ecoulement d'un liquide séreux. La radiographie après lipiodol dans la fistule, montre l'existence d'une poche purulente dans le petit bassin, au voisinage du sacrum. Ultérieurement, cette poche se fistulise à la vessie et au rectum. Persistance de la fistule abdominale malgré les soins

les plus énergiques. Réintervention 11 mois après la première opération. Hysterectomie. « Mikulicz » à quatre mèches, sans péritoniser. Guérison un mois et demi après. Les trois fistules ont disparu.

2° FISTULES STERCORALES

Le Mikulicz favorise la production des fistules stercorales, mais, ici, une remarque s'impose. Il ne produit pas la fistulisation d'un intestin normal et intègre. C'est sur un intestin qui a été traumatisé, voire même déchiré au cours de l'opération, par suite des grosses adhérences, soudant intimement l'utérus et ses annexes à l'intestin et qui, pour être libérées, ont produit la déchirure de l'intestin et ont exigé sa suture avant de placer le Mikulicz, que ces fistules se produisent. Dans quelle mesure le Mikulicz peut-il entrer comme cause favorisant la production de ces fistules stercorales ?

Le drainage placé à côté de la suture intestinale, faite sur l'intestin déchiré au cours de l'opération, empêche presque à coup sûr la fermeture de l'intestin et entraîne la production d'une fistule qui servira de route d'évacuation pour les matières fécales. Cette fistule est peut-être moins à craindre que si elle s'était produite, le ventre étant fermé sans drainage, car elle aurait pu provoquer l'infection générale qui, ici, se trouve écartée, étant donné que l'issue des matières se fait par un trajet qui se trouve isolé par les adhérences que le Mikulicz a produites.

Les fistules stercorales consécutives au drainage à la Mikulicz semblent être très fréquentes. Presque tous les auteurs les signalent. Cette fréquence tient du fait qu'actuellement on place un Mikulicz dans des cas où l'opération a été faite dans des conditions de technique qui sont loin d'être parfaites, par suite des nombreuses adhérences qui

ont entraîné la déchirure de l'intestin. Souvent, le chirurgien se voit obligé de suturer cet intestin tant bien que mal à la fin de l'opération qui, souvent, a duré fort longtemps et doit être terminée le plutôt possible si on veut sauver la malade. Dans cet ordre d'idées, nombre de salpingites sont particulièrement difficiles à opérer et s'accompagnent très souvent de fistules stercorales consécutives au drainage.

En général, ces fistules guérissent mais quelquefois après fort longtemps.

L'observation originale que nous exposons ici nous semble suffisamment démonstrative pour montrer quel est le rôle du Mikulicz dans la production de ces fistules.

Nous résumons aussi trois observations empruntées à la thèse de BERGE (Etude critique du drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale gynécologique. Thèse de Bordeaux, 1926-1927). Ces trois observations sont assez analogues à l'observation originale que nous rapportons. Elles portent sur un total de 37 malades traitées par un Mikulicz.

Enfin, nous citons la statistique de M. H. Constantini, d'Alger (Valeur du drainage en chirurgie pelvienne, 36^e Congrès de Chirurgie, p. 487), qui, sur 28 opérations de salpingite ayant nécessité un Mikulicz, a eu 3 cas de fistules stercorales. Dans les trois, il s'est agi de salpingites particulièrement difficiles et il a été obligé de faire une hémisection de l'intestin adhérent de toute part. Les trois ont guéri spontanément.

OBSERVATION ORIGINALE n° 4

due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABEAU
(Clinique chirurgicale - Hôpital Saint-Eloi)

Kystes mucoïdes de l'ovaire. Fistule pyostercoro-urinaire hypogastrique. Pyonephrose. Rétention purulente dans le rectum.

Mme B. J..., 33 ans, vannière, entre le 3 mai 1933 dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur MASSABUAU. Entrée motivée par une crise de violentes douleurs abdominales survenues dans la nuit. Elle déclare avoir eu, depuis deux mois, des douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Rien à signaler dans ses antécédents. A l'examen, on est frappé par une voussure de la région hypogastrique, marquée, à gauche. Le toucher combiné au palper permet de sentir, dans le cul-de-sac postérieur, le pôle inférieur d'une masse, du volume de deux poings, remittante et indépendante de l'utérus. L'examen complet de la malade, ainsi que les examens de laboratoire ne relèvent rien de particulier. On conclue à un épisode de torsion d'un kyste de l'ovaire.

Opération le 12 mai, par M. le Professeur MASSABUAU sous anesthésie générale à l'éther-acide carbonique. Laparotomie médiane ombilico-pubienne. Position de Trendelenbourg dès l'incision du péritoine. On constate que le pelvis est bloqué par des adhérences qui circonscrivent un kyste ovarien adhérent en avant de l'utérus, en arrière au rectum, en haut à l'S iliaque. Dès que l'on touche à ces adhérences, quelques gouttes de pus jaune bien lié font issue dans la région antérieure entre le kyste et la trompe droite. Il existe un deuxième kyste à droite plus petit et bloqué dans le pelvis. On tente le clivage de la zone, située entre le kyste et le rectum, mais les adhérences sont telles que l'anse sigmoïde et le rectum se déchirent. Toute la paroi antérieure recto-sigmoïdienne est dépouillée de son revêtement séreux et musculaire. La muqueuse elle-même se déchire sur 4 ou 5 cm. et il se crée une plaie latérale du rectum. Le kyste se rompt. On se rend compte qu'une hystérectomie est le seul moyen d'enlever les lésions. Section première du col, libération du kyste droit. Grosses difficultés dans le cul-de-sac droit pour enlever ce kyste. Section des adhérences recto-sigmoïdiennes, du ligament suspenseur de

l'ovaire, l'uretère gauche entièrement adhérent au kyste est repéré et disséqué. Hémostase sans difficulté des différents pédicules. La plaie latérale du rectum est recousue en trois plans. Drainage par un Mikulicz avec deux mèches remplissant le petit bassin. Fermeture incomplète de la plaie opératoire par fils de soie n° 3, comprenant le péritoine, les muscles et l'aponévrose. Agrafes de Michel.

Suites opératoires : La malade a été choquée, puis fièvre. Hémorragie assez abondante dans son pansement. Azotémie 0,85. Cet état a cédé à un traitement approprié. Du 21 au 27 mai, on pratique l'ablation du Mikulicz. Il s'établit une fistule stercorale complète et totale en même temps qu'une fistule uréthrale gauche avec issue des urines par la plaie. Ces fistules persistent avec issue des matières, délayées par l'urine, par les plaies. Etat général très médiocre, fièvre à grandes oscillations. L'introduction de la sonde rectale, pour pratiquer le lavage, détermine une issue de pus par la fistule abdominale. Devant cet état, on établit un anus iliaque gauche en canon de fusil sur palette. Opération sous anesthésie générale à l'éther, acide carbonique. Cet anus ne donnant pas suffisamment, il est procédé à la section au thermo de la muqueuse et la mise en place d'un tube de verre à angle droit, avec siphon. Les jours suivants, évacuation abondante des matières. La température descend au-dessous de 38°. Puis le tube se détache spontanément, mais l'évacuation se fait par l'orifice muqueux. La fistule hypogastrique ne donne plus que du pus et de l'urine. L'état général est favorable, quand, au mois d'octobre, un point douloureux costo-lombaire droit apparaît avec un rein palpable, le tout accompagné de fièvre. L'exploration clinique et les recherches du laboratoire concluent à une pyonéphrose droite avec coudure uréthrale.

Le 10 novembre 1933, on pratique la néphrectomie droite faite par M. le Professeur MASSABEAU, sous anesthésie générale à l'éther, acide carbonique. Voie d'accès lombaire. In-

cision de Guyon. On trouve une grosse réaction périnéphritique sclero-lipomateuse, un rein doublé de volume, très adhérent de toute part et en dégénérescence amyloïde. Ligature de l'urètre. Drainage par un tube n° 50 plongeant dans la loge rénale et sortant par l'incision. Les suites opératoires immédiates sont favorables. Chute de la température. Le 16 novembre, l'état général s'aggrave. Evacuation par l'anus de 200 cc. de pus. La fistule médiane ne donne plus issue d'urine mais continue à sécréter du pus. L'évacuation du pus par le rectum et par la fistule hypogastrique continue. Le 18 décembre, on pratique sous anesthésie générale une exploration de la fistule hypogastrique, par une incision hypogastrique circonscrivant l'orifice fistuleux et un autre ano-coccygien. On se rend compte que la paroi abdominale n'est reconstitué que dans les deux tiers supérieures et dans la tierce inférieure les anses grêles sont directement sous la peau. A travers ces anses grêles on chemine jusqu'à la paroi antérieure du rectum. Pas de trajet fistuleux reconnaissable. Après une injection de 200 cc. d'eau sous pression dans le rectum, rien ne sort à l'hypogastre. Par l'incision hypogastrique, on pratique un lavage à l'éther et l'ablation à la curette des fougosités disséminées. Par l'incision ano-coccygienne, on fait une incision retro-rectale. Une pince introduite par l'incision ressort par l'anus et ramène un drain n° 50 dont l'extrémité opposée vient se loger dans le rectum. Un autre drain n° 50 dans la direction du Douglas fixé au-dessus du pubis. Le 26 décembre, on supprime le drain abdominal. La malade présente de l'albuminurie avec boursouflure de la face. Le drain rectal donne mal et tombe. Sous anesthésie générale, on incise largement le sphincter de façon que l'écoulement puisse continuer sans rétention. Le sphincter et une partie de la paroi postérieure du rectum sont incisés, ce qui met en communication l'incision retro-anale et la lumière rectale. Une quantité de pus contenant des concrétions cal-

caires et des débris de soie s'échappe. Drainage par un gros tube n° 60. Durant 5 mois, la malade s'améliore peu à peu. Le drain rectal a continué à donner issue à du pus. Entre temps, la malade a présenté une hématurie microscopique et de l'albumine dans les urines. Le 7 août, on pratique l'ablation du drain rectal. Sortie le 15 octobre 1934 avec un état général satisfaisant. Urines claires émises spontanément. Bon fonctionnement de l'anus iliaque. La brèche hypogastrique est fermée mais le clapier purulent périnéal persiste avec une petite ulcération périnéale.

Elle a été revue pour la dernière fois le 7 novembre 1935. Excellent état général. L'anus iliaque fonctionne toujours bien et est suffisamment continent, mais un cloaque existe toujours dans la région anale.

Discussion. — Le cas de cette malade, dont le long séjour à l'hôpital s'échelonne sur un espace d'un an et demi et qui a subi quatre interventions chirurgicales, nous semble intéressant à un double point de vue. Le Mikulicz a été tout indiqué chez elle par suite des grosses difficultés opératoires ayant nécessité la déchirure du rectum qu'on a été obligé de suturer et la dissection de l'urètre. Qu'a fait le Mikulicz : 1° Il a favorisé la production d'une fistule stercorale. Dans quelle mesure ? Agissant en corps étranger, faisant peut-être de la compression, il a empêché la cicatrisation du rectum traumatisé, déchiré et suturé. Un Mikulicz gras aurait pu, peut-être, éviter cette fistule. Nous ne le pensons pas car le Mikulicz gras aurait agi aussi comme un corps qui fait de la compression et puis il aurait empêché la production des adhérences et l'issue des matières se serait produit non pas par un trajet isolé par les adhérences mais dans un ventre libre de cloisons et on aurait risqué l'infection générale.

2° Le Mikulicz, une fois de plus, ici, a favorisé la rétention et a entretenu la suppuration dans le rectum, ce qui

s'est traduit par un état général longtemps médiocre, la pyonéphrose et la dégénérescence amyloïde du rein.

Le tout a nécessité quatre interventions pour obtenir la guérison, après un an et demi, mais laissant un anus artificiel qui réduit l'activité de la malade et un cloaque dans la région anale.

Les trois observations que nous résumons plus bas sont empruntées à la thèse de M. le docteur BERGE (Thèse de Bordeaux, 1926-1927) :

Observation XVII. — Mme S. Elisa, 43 ans, garde-barrière, opérée le 23 octobre 1925 pour épithélioma végétante de l'ovaire. Tumeur maligne très adhérente sans mobilité. Incision du péritoine postérieur très adhérent à la tumeur et isolement de la partie haute du rectum qui se déchire pendant qu'on le sépare à la compresse. Enfouissement de la perforation par deux surjets en bourse. Mikulicz sans péritoniser après hystérectomie subtotale.

Suites opératoires : Malade très fatiguée, adrénaline intra-veineuse, glace sur le ventre, abcès de fixation. Quatrième jour, amélioration nette ; septième jour, la température monte à 40°. Ventre ballonné et distendu. Il s'établit une fistule stercorale laissant s'écouler des matières fécales très abondantes. Il existe aussi une fistule recto-vaginale. On enlève le sac le douzième jour. Les deux fistules persistent deux mois et demi et guérissent complètement. Revue le 16 novembre 1926. Pas d'éventration ni fistule.

Observation XXVI. — Mme S..., 22 ans, opérée le 5 septembre pour pyosalpinx gauche très adhérent et volumineux. Au cours du décollement, il se produit une déchirure de la partie terminale de l'intestin grêle, qui oblige à pratiquer une suture intestinale. Hystérectomie subtotale, procédé américain. Mikulicz.

Suites opératoires : Fièvre, 37°8, malade déprimée. Huile camphrée, glace sur le ventre. Après un grand frisson, il se

produit une fistule stercorale. Le sac est enlevé le huitième jour. La fistule disparaît spontanément deux mois et demi après l'opération.

Observation XXVIII. — Mme P..., 31 ans, opérée le 15 mai 1926 pour pyosalpinx double ancien avec pelvipéritonite. Petit bassin bloqué chez une femme ayant subi deux colpotomies. Utérus bloqué par deux masses annexielles. Rectum intimement adhérent à celles-ci et à l'utérus. Après incision du cul-de-sac vésico-utérin, essai sans succès de libération des masses annexielles, on laisse à droite une portion des annexes. Mikulicz à trois mèches. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires : Légère réaction péritonéale. Le dixième jour, on trouve la plaie souillée de matières fécales. On enlève deux mèches et le douzième jour la dernière. La fistule persiste un mois et trois semaines et finit par guérir. La plaie se referme peu à peu. Sortie le 23 juin. Convoquée au mois de novembre 1926, n'a pas répondu à l'appel.

3° EVENTRATIONS

Le Mikulicz prédispose très souvent à l'éventration. Cette éventration n'est pas une complication spécialement due au drainage par le Mikulicz. Tout drainage abdominal s'accompagne fréquemment de cet accident et, dans cet ordre d'idées, le drainage tubulé l'entraîne peut-être plus souvent que le drainage capillaire.

Toutes les fois que la cicatrisation de la plaie abdominale ne s'est pas faite par première intention, les chances d'une éventration sont beaucoup plus grandes. En nécessitant la conservation d'une large ouverture, au niveau de

la plaie abdominale, le tamponnement du Mikulicz présente le grave inconvénient de retarder quelquefois fort longtemps la réunion de la suture. Il entraîne un défaut de solidité, très grand au niveau de l'orifice de sortie du tampon et prépare la paroi à de futures éventrations. Ces éventrations, actuellement, ne sont pas tout de même aussi fréquentes comme les présentent les premières thèses qui ont été faites sur le Mikulicz. La statistique d'IGONET est de 50 % d'éventrations. Celle de MILLOT (De l'éventration après le Mikulicz, thèse de Lyon, 1901-1902), les considère comme également très fréquentes sans donner de pourcentage. Avec le temps, la technique du Mikulicz s'étant plus perfectionnée, notamment l'adoption de la fermeture secondaire de la paroi, par les fils d'attente profonds en bronze ou en crin, selon la méthode préconisée par M. le Dr DOUEY, l'emploi de quantité de gaze, moins abondante pour drainer, ont diminué cette proportion. Mais elle est encore actuellement de 10 %, d'après J.-L. FAURE, car le fil d'attente n'agit efficacement que si la suppuration n'est pas trop abondante et, d'autre part, lorsque la quantité de liquide sécrété qu'on doit drainer est abondante, on ne peut ne pas employer une quantité suffisante de gaze, si on veut drainer efficacement. Cette éventration reste une complication à laquelle tout chirurgien qui a placé un Mikulicz doit penser et à laquelle la malade est exposée. Si elle se produit, elle nécessitera, plus tard, une opération secondaire ou le port d'appareils spéciaux, qui entraînent des frais aux malades. Enfin, elle s'accompagne de troubles dus au relâchement de la paroi et au manque de soutien des viscères abdominaux, troubles capables de réduire l'activité de la malade.

CONCLUSIONS

1° La méthode de « Mikulicz » a trois buts : drainer, isoler, tamponner.

2° Elle doit être appliquée dans des cas strictement déterminés et devant l'impossibilité d'agir autrement.

3° Ces cas se résument ainsi : Difficultés des manœuvres opératoires qui ont pu risquer d'infecter la séreuse abdominale, impossibilité de péritoniser.

4° Méthode de nécessité appliquée dans des conditions de technique opératoire qui sont loin d'être parfaites ; elle s'accompagne souvent de nombreux inconvénients.

5° Elle laisse après elle des complications secondaires et tardives dont les plus fréquentes sont :

a) Abscesses résiduels tardivement développés dans la cavité de drainage. Cette complication peut être due, dans certains cas, à une faute de technique à l'application ou à l'ablation.

b) Fistules stercorales : Le drainage agit comme cause favorisante (appui de sac sur les sutures d'un intestin qui a été déchiré). Dans la plupart des cas, cette fistule est à préférer à une perforation qui se serait produite, le ventre

étant fermé sans drainage, car l'issue des matières se fait par un trajet isolé.

c) Eventration. Grande complication due à la déchissance que le sac fait entre les deux lambeaux aponévrotiques. Elle est, en général, légère, mais, dans un certain nombre de cas, elle nécessite une cure opératoire.

6° Ces inconvénients ne sont pas de nature à faire abandonner cette méthode car, malgré tout, elle reste « la bouée de sauvetage » de beaucoup de malades, mais dans des cas strictement déterminés.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Le drainage de l'abdomen par la méthode de Mikulicz. Thèse Paris, 1926.
- AUBERT. — Le drainage après les interventions abdominales gynécologiques. Thèse Lyon, 1902-1903.
- AUVRAY. — A propos de Mikulicz. *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 3 juillet 1926.
- BALDWIN. — Méthode de drainage en chirurgie abdominale et pelvienne. *The American Journal of Obstetric and disease of woman and Children*, t. LXI, n° 1, janvier 1910.
- BERGMANN. — Ueber Wunbehandlung mit Iodoformit tamponade. *Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1887, B.d. xxxvi, p. 72.
- BERGE. — Etude critique du drainage à la Mikulicz. Thèse de Bordeaux, 1926-1927, n° 52.
- BONNET. — Occlusion de l'intestin grêle après la pose du Mikulicz. Société de Chirurgie de Lyon, 30 juin 1927.
- BRENAUS. — Drainage à la Mikulicz et ses inconvénients. Thèse de Lyon, 1893-1894, n° 896.
- BURRAGE. — Some relats of the post-mith of draining periton cavity after abd., op. 1898, Boston.
- BURTAUT. — Des fistules consécutives à l'hystérectomie. Thèse Lille, 1888-1889, n° 96.
- CHARLES. — Drainage par le procédé de Mikulicz. Thèse de Paris, 1891.
- CLARK. — Revue critique de 1.700 cas de laparotomie au point de vue drainage péritonéal. *American Journal Obstetric.*, 1886, p. 611.
- COUVELAIRE. — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale. *Lyon Médical*, 1895 ; *Semaine Gynécologique*, 1898.

- CORDIER. — Peritoneal irrigation and drainage. *Americ. Gyn. and Ped.*, 1898, xi, n° 9, p. 676.
- CADENAT et Maurice PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale. XXXVI^e Congrès de Chirurgie, 1927.
- DELANNOY. — La pratique du Mikulicz en gynécologie. Réunion obstétricale de Lille, 25 février 1925 ; *Bull. de Société Obstétricale et Gyn.*, Paris 1925, t. xxiv, p. 467.
- DELBET. — a) Expériences et réflexions sur le drainage de péritoine. *Annales de Gynécologie*, 1890.
b) Congrès de chirurgie, 1898, t. 1, 71-99.
c) Des suppurations pelviennes, Paris, 1892.
- FAURE. — a) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 2 juillet 1919, pp. 1038-1050. Discussion: Delbet, Quenu, J.-L. Faure, Savariaud, Victor Pauchet, Tuffier, Baudet, Rochart, Viart, Reynier, Hartmann.
b) Le drainage systématique à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, séance du 10 déc. 1923.
c) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 14 mai 1924, p. 613. Discussion: Sur l'emploi systématique du drainage à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FEUGER (Christian). — The operative treatment of retro peritoneal cyst in connection with Mikulicz's methode of drainage. *The American Journal of Obstetric*, juillet 1887, p. 763.
- HARTMANN et METZGER. — Le drainage abdominal en chirurgie. *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, juin 1910, p. 392.
- HUGUER. — Drainage à la Mikulicz dans les interventions pelviennes. *Société de Chirurgiens de Paris*, 6 février 1925, p. 124; 6 mars 1925, p. 164.
- IGONET. — Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. Thèse Lyon, 1905-1906.
- JAYLE. — Examen de 30 cas de suppuration pelvienne. *Société d'Anatomie*, mars 1895, p. 222.
- KEIFFER. — De la valeur du drainage de la cavité abdominale après les interventions opératoires sur les organes pelviens. *Bull. de la Société Belge d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1898, p. 16.
- KELLY. — Gynécologie opératoire, 1898.
- LABADIE, LEGRAVE et LEGUEU — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1914.

- LAZARESCU (G.) et ANDREOIN. — Acute intestinal occlusion following suprapubic drainage for ruptures extra uterine pregnancy. *Romania Med.* II, 238-239, 10 oct. 1933.
- LEDoux. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage. Thèse Paris, 1924-1925, n° 35.
- LOGNOS. — Le drainage en gynécologie. Thèse Montpellier, 1912-1913, n° 75.
- MADRID (Alberto). — Pourquoi nous employons la technique du drainage à la Mikulicz de J.-L. Faure. *Presse Médicale* n° 77, 26 sept. 1925, pp. 1925, 1987.
- MAHMOUND HASSAN. — Le drainage vaginal après hystérectomie. Thèse Montpellier, 1909-1910, n° 4.
- MATA Y PONS. — Post operative fistules of bladder following.
- METIVET. — Etude clinique et bactériologique du drainage par Mikulicz dans les gastrectomies. Société de chirurgie, 6 nov. 1926. Travail de Caramon et Armandie, présenté par Metivet; Gynécologique operations. *Revue de Cie de Barcelone*, March 1933, pp. 227-232.
- MICHEL-BECHET. — Etude clinique et expérimentale du drainage par le procédé de Mikulicz dans la chirurgie gastro-intestinale. Thèse Montpellier, 1926-1927, n° 73.
- MICKULICZ RADECKI (Von). — a) Ueber die Anwendung der Antiseptik bei Laparotomien mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. *Arch. f. Klin. Woch.*, 1881, B. XIXVI, S. III.
b) Ueber die Ausschaltung todter Rume aus der Peritonealhöhle. *Berlin Klin. Woch.*, 1884, n° 21, p. 352. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurg.*, 1886, t. XXXIII, pp. 635-657.
- MIKULICZ (Von) et RAUCH (Von). — Aegmaines über Laparotomie. *Handbuch der praktischen Chirurg.*, Bd. 3, 5, 98.
- MILLOT. — De l'événement après le Mikulicz. Thèse de Lyon, 1901-1902.
- MISSAC. — Drainage à la Mikulicz, fermeture secondaire de la paroi. Thèse de Paris, 1926-1927.
- ODINOT. — Pansement à la Mikulicz. Thèse Paris, 1922-1923.
- PAMARD. — Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie. Thèse Paris, 1902.
- PATL. — Sur le drainage à la Mikulicz. Inconvénients et avantages. *Rassegna d'Obst. e Ginec.*, 40, pp. 166-176, 31 mars 1931.
- POZZI. — a) Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris, Masson éditeur, 1904, p. 131.
b) Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée. *Bull. Société Chirurg. de Paris*, 1888, 29 fév., p. 205.

- PAUCHET. — Sur le Mikulicz en chirurgie gastrique. *Société de Chirugiens de Paris*, 3 juin 1927, p. 1116.
- PAPIN. — Sur le drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale. Société de Médec. et Chirurgie de Bordeaux, 4 nov. 1927.
- QUENU. — Du drainage dans la laparotomie pour inondation péritonéale. *Société de Chirurgie*, 1900, p. 368.
- RAZTTI. — El saco invertible de Mikulicz en la cirugia del abdomen, *Rev. de Med. y Cirurgia*, Caracas, II, pp. 345-355, juin 1928.
- SIERROS. — Du drainage dans les péritonites aiguës: étude de 286 cas de péritonite opérés à la clinique chirurgicale de Genève. *Lyon Chirurgical*, t. xxv, mars-avril 1928.
- VERGNE. — De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mikulicz. Mode d'action, indications, conduite à tenir, et en particulier des dangers d'une ablation précoce. Thèse Lyon, 1898.
- VILLARD. — Mode d'action et indications du tamponnement de Mikulicz. Société de Chirurgie de Lyon, février 1927. *Gazette des Hôpitaux*, 13 juillet 1927, p. 929.
- VIOLET. — a) Le drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique. *Ann. de Gyn. de Paris*, 1906,
b) Comment terminer les opérations gynécologiques au point de vue de l'emploi de Mikulicz. *La Gynécologie*, avril 1927, pages 193-204.
- WETERHILL. — L'état actuel de l'irrigation et du drainage dans les opérations gynécologiques et obstétricales. *Journal of the American Medical Association*, t. LIII, n° 13.
- WOLF-HIRCH. — Quatorze observations d'occlusion intestinale après laparotomie. *Arch. f. Gyn.*, 1888.
-

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Contribution à l'Etude des
Complications secondaires et tar-
dives du drainage pelvien par la
méthode de Mikulicz »,

par B. NEITCHEFF.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 7 février 1936.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu:

Montpellier, le 7 février 1936.

le Doyen,

EUZIERES.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 8 février 1936.

Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

